



## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

### Senhores pais e/ou responsáveis legais

Estamos enfrentando uma queda progressiva nas coberturas vacinais em crianças e adolescentes, o que impede o controle de doenças preveníveis por vacinas. Todas essas doenças podem evoluir com formas graves, sequelas e óbito.

A equipe de vacinação da Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de Imunização estará nos dias **09/12/2025** na escola do seu filho para que seja realizada a verificação e se necessário atualização das vacinas em atraso.

A vacinação será somente nesta data e para que seja realizada será obrigatório assinar esse termo, preencher os dados solicitados e levar a caderneta de vacinação.

Eu ..... ( ) autorizo ( ) não autorizo  
meu filho (a) ..... nascido em: ...../...../....., CPF  
nº (do aluno) ....., turma ..... a receber as vacinas  
que estiverem em atraso.

Nome Completo da mãe: .....

### ATENÇÃO:

Seu filho teve **dengue**: ( ) sim ( ) não

Tem mais de 6 meses? ( ) sim ( ) não

Tem algum tipo de **alergia**? ( ) sim ( ) não

Qual? .....

### Documentos Necessários para Vacinação:

Documento de Identificação com Foto – CPF e/ou Cartão SUS - Cartão de Vacinação